

新型コロナウイルス感染症に伴う施設使用前チェックリスト

日時：令和 年 月 日 午前・午後

保護者名：_____

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、以下の質問にお答えいただきますように
お願いします。回答は、利用される皆さんの状態を保護者様をご記入ください。

本日よりさかのぼって2週間の間であてはまる項目に○をつけてください。

- ・本日、利用前に体温確認をしていない。 (・はい ・いいえ)
- ・平熱を超える発熱があった。 (・はい ・いいえ)
- ・咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状があった。 (・はい ・いいえ)
- ・だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)を感じた。 (・はい ・いいえ)
- ・嗅覚や味覚の異常を感じた。 (・はい ・いいえ)
- ・体が重く感じた。疲れやすいと感じている。 (・はい ・いいえ)
- ・新型コロナウイルス感染症陽性の方と濃厚接触がある。(・はい ・いいえ)
- ・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる。 (・はい ・いいえ)
- ・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または、当該在住者との濃厚接触がある。 (・はい ・いいえ)

※本チェックリストは、利用される皆さんで互いの体の状況を確認していただくものです。項目の左側(はい)に一つでも該当される方は、施設のご利用を控えていただきますように、よろしくをお願いします。

ご利用の際は、三つの密となる状況を避けてご利用をお願いします。
チェックリストへのご協力、ありがとうございました。